

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

No
592

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André LANDÈS

Né à Rodez (Aveyron), le 3 septembre 1906

Ancien élève de l'Ecole du Service de Santé militaire

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ENFONCEMENTS CRANIENS

DANS LES

ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André LANDÈS

Né à Rodez (Aveyron), le 3 septembre 1906

Ancien élève de l'École du Service de Santé militaire

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ENFONCEMENTS CRANIENS

DANS LES

ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ICHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N..... Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 FROISIER..... Pathologie expérimentale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER ..	Clinique médicale.
LAIGNEL-LEVASTINE.	Clinique médicale
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
WEIL-HALLÉ.....	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Dont l'affection et les sacrifices ont été
le soutien de toutes mes études.*

*Je dédie ce travail en témoignage de
mon immense gratitude.*

A MES SŒURS

A TOUS MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Officier de la Légion d'honneur

En témoignage de reconnaissance respectueuse pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A M. LE DOCTEUR V. CATHALA

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a suggéré l'idée de ce travail
et nous a donné sans cesse les preuves de
sa grande bienveillance.*

*En hommage de notre grande reconnaissance
et de notre admiration.*

A M. LE DOCTEUR LANTUÉJOUL

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a si souvent encouragé de ses
conseils. Qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde gratitude.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MM. le Professeur GOSSET
le Professeur WIDAL (*in memoriam*)
le Professeur SICARD (*in memoriam*)
le Docteur ROBINEAU
le Professeur LEREBoullet
le Professeur BAUDOUIN
le Professeur GUILLAIN
le Professeur DELBET
le Professeur agrégé LEVEUF
le Professeur CATHALA
le Docteur LANTUÉJOUL

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAITRES DU VAL DE-GRACE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ENFONCEMENTS CRANIENS
DANS LES ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS

INTRODUCTION

Les enfoncements craniens chez le fœtus ont été étudiés depuis très longtemps. Beaucoup d'auteurs ont décrit minutieusement leur étiologie et leur mécanisme. Ces accidents en effet étaient autrefois très fréquents. Dans tous les cas où il existait une dystocie provenant du bassin maternel ou de la tête fœtale, les anciens accoucheurs étaient réduits à pratiquer des manœuvres traumatisantes pour extraire l'enfant. S'il existait une disproportion entre la tête et le bassin, on avait recours pour faire passer celle-ci, au forceps ou à la version. Mais, très souvent, à la suite de ces manœuvres l'amointrissement des diamètres fœtaux n'était obtenu que grâce à une dépression osseuse, simple ou compliquée de fracture.

De nos jours ces accidents sont moins fréquents. Les accoucheurs modernes, en présence de ces mêmes dystocies, ont à leur disposition des techniques opératoires qui ont pour but de supprimer l'obstacle : la césarienne, la symphyséotomie ou la pubiotomie.

Mais il existe aussi des enfoncements craniens qui se produisent dans les accouchements spontanés, en l'absence de toute dystocie maternelle ou fœtale, de toute manœuvre extractive brutale.

Ces enfoncements spontanés sont moins connus, peu décrits, parfois attribués à des causes inexistantes en l'absence de contrôle rigoureux. Cependant quelques observations récentes ont remis la question à l'ordre du jour.

Au cours de notre externat à la Maternité de Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Cathala, nous avons été témoin d'un cas d'enfoncement spontané survenu à la suite d'un accouchement normal, par le siège, chez une multipare. M. le Dr Cathala a bien voulu nous faire l'honneur de nous confier cette observation en nous autorisant à la prendre comme sujet de notre thèse sur la production des enfoncements craniens au cours des accouchements spontanés.

Nous ferons état dans ce travail des observations que nous avons pu recueillir chez divers auteurs ayant déjà signalé des cas semblables et nous chercherons à dégager de ces exemples l'étiologie, la symptomatologie et le pronostic propres à ces enfoncements spontanés.

HISTORIQUE

Parmi tous les auteurs qui ont étudié les enfoncements craniens, Mauriceau a été le premier à nous décrire avec exactitude cette lésion qu'il compare d'une façon très imagée à l'« Enfonceure des pots d'estain ». Dans son *Traité des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* il cite deux cas survenus chez une même femme ayant un bassin rétréci. Une première fois elle mit au monde un enfant dont le cuir chevelu était atteint d'une plaque de gangrène, tandis que dans un accouchement ultérieur la lésion était bien caractéristique et permettait à Mauriceau l'heureuse comparaison que nous venons de citer.

Deventer (*Observations importantes sur le Manuel des Accouchements*, 1733), à propos des déformations subies par le crâne et ses meurtrissures, insiste sur la nécessité d'aller doucement dans les bassins rétrécis car « une poussée subite pourrait donner lieu à des enfoncements ».

Smellie (*Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*, traduc. de Preville, 1777), a observé en deux occasions une profonde dépression du crâne au-dessus de l'oreille. Dans l'un des cas la lésion était

unilatérale, dans l'autre bilatérale. Mais il avait remarqué en outre que ces lésions provoquaient des convulsions qu'il avait imaginé de traiter par la saignée du cordon ou de la jugulaire.

Baudelocque (1789), dans l'*Art des Accouchements*, signale la possibilité de production d'un enfoncement, lorsque la tête passe dans un bassin rétréci et que l'amoindrissement naturel des diamètres fœtaux n'est pas suffisant. « La plupart de ces enfants périssent avant de naître. Dans le nombre de ceux soumis à l'examen anatomique les uns avaient des fractures des os du crâne, avec enfoncement des parties fracturées, chez d'autres ces mêmes os étaient déprimés profondément, sans fracture, et dans tous les cas le péricrâne et la dure-mère étaient détachés des pariétaux aux environs des sutures ». Baudelocque attribuait ces lésions au passage du promontoire ou à la pression des forceps.

Joerg va plus loin et admet la possibilité d'enfoncements craniens dans l'accouchement naturel, l'attribuant à la force des contractions utérines. C'est l'objet de notre thèse ; mais Joerg ne cite pas d'observation précise et n'envisage pas la production de cette lésion sur une tête dernière.

Danyau (*Journal de Malgaigne*, 1843), cite plusieurs observations d'enfoncements craniens survenus dans des accouchements spontanés. Mais on retrouve partout des dystocies portant généralement sur le bassin maternel.

Dugès (*Manuel d'Obstétrique*, 1840), émet l'hypothèse

que les enfoncements seraient dus au développement incomplet des os du crâne.

Pajot dans sa thèse d'agrégation (1853), a fait une étude complète sur le mécanisme de cet accident. Il croit qu'il est presque toujours le résultat de l'action interne et rarement du bassin, ce qui revient à dire que les enfoncements peuvent se produire dans les accouchements spontanés.

Tarnier dans sa thèse d'agrégation (1860), déclare que l'accouchement spontané est possible dans un bassin mesurant moins de 9 cm. 1/2 mais le plus souvent au prix d'un enfoncement de la paroi osseuse.

Michaelis (*Das euge Becken*, Leipzig, 1891) a publié un travail remarquable sur les différentes formes de cette lésion : en gouttière, en cuiller, sur leur fréquence et le mécanisme par lequel ils se produisent.

Litzmann (*Accouchement dans les rétrécissements du bassin*, 1889), apporte plusieurs observations, de même que Budin dans sa thèse.

Boissard (*Notes et observations cliniques*, 1891), a donné sur l'étiologie, le mécanisme et le traitement des enfoncements craniens des travaux dont nous ferons souvent état dans notre thèse.

Mirbeck (Strasbourg, 1863), Panzani (Toulouse, 1894), Kassaboff (Paris, 1896), ont étudié dans leurs thèses les enfoncements craniens dans les accouchements dystociques et traumatiques.

Le Professeur Brindeau a publié de nombreux travaux sur cette question, exposés par le Professeur Rhenter dans l'article consacré aux enfoncements du

crâne dans *La pratique de l'Art des Accouchements*.

Le Professeur Bué, de Lille, dans une conférence récente à la clinique Tarnier a traité ce sujet dans toute son ampleur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PERSONNELLE INÉDITE

communiquée par M. le Dr Cathala.

*Accouchement par le siège en S. I. D. P. chez une multipare.
Travail normal d'une durée de deux heures. Expulsion
spontanée d'un enfant à terme présentant un enfoncement
du pariétal gauche.*

La femme B..., Marie, V-pare, âgée de 37 ans entre à la maternité de l'hôpital Saint-Louis le 10 janvier 1932.

Réglée à 15 ans toujours régulièrement, elle a eu quatre grossesses antérieures qui se sont toutes terminées spontanément. Les deux premières en 1921 et en 1925 par des enfants vivants à terme pesant 2.750 et 3.550 grammes, actuellement bien portants. La troisième grossesse en 1927 s'est terminée à 8 mois 1/2 par la naissance d'un garçon de 1.900 grammes et d'une fille de 2.320 grammes. Tous deux vivants. La fille est morte à trois mois et demi. La quatrième grossesse s'est terminée à terme par la naissance d'une fille vivante de 2.320 grammes, morte à 11 mois d'une méningite (?)

Toutes les grossesses y compris la suivante sont du même père.

Les dernières règles ont eu lieu du 1^{er} au 5 avril 1931. La femme n'a rien présenté d'anormal pendant la grossesse. Il n'y a pas eu d'albumine dans les urines.

Le travail de l'accouchement a débuté le 10 janvier à 17 h. 30.

A l'examen de la femme à son entrée à la maternité, à 18 heures, on constate au palper la présence d'un fœtus à terme se présentant par le siège complet en position droite. Les bruits du cœur sont entendus à droite. Les contractions utérines sont régulières, d'intensité normale.

Au toucher on trouve une dilatation de 5 francs. Les membranes sont intactes. Le siège se présente à la partie supérieure de l'excavation en S. I. D. P.

A 19 heures, rupture spontanée des membranes, la dilatation est complète, la femme a des douleurs d'expulsion. A 19 h. 15, le siège paraît à la vulve. L'accouchement s'effectue spontanément sans qu'on exerce des tractions sur le fœtus. A 19 h. 30, la tête est extraite par la manœuvre de Mauriceau.

L'enfant, du sexe masculin est vivant. Il respire mais ne crie pas. Après extraction des mucosités, bains chauds et bains froids il se met à crier.

Il pèse 3.100 grammes.

A 20 heures, délivrance naturelle et complète. Poids du placenta : 650 grammes.

A l'examen de l'enfant on constate la présence d'une dépression. Au niveau du pariétal gauche, près du bord inférieur. La dépression, peu profonde, à grand axe antéro-postérieur, est de forme ovale. Elle a quatre centimètres de longueur, sur deux et demi de largeur. Elle commence immédiatement en arrière de la suture fronto-pariétale.

Le bord inférieur est peu marqué, le bord supérieur est arrondi et saillant.

Le crâne est bien ossifié. Les fontanelles et les sutures ont des dimensions normales.

La peau, au niveau de la dépression, ne présente aucune ecchymose. On ne constate pas d'autre lésion sur le corps de l'enfant. Il existe une bosse séro-sanguine à peine visible sur la fesse droite.

L'enfant nourri au sein de la mère, n'a rien présenté de particulier les jours suivants. Comme il ne présente aucun trouble, aucun traitement n'est institué, aucun essai de réduction n'est fait comptant sur la réduction spontanée de l'enfoncement qui est peu profond.

La courbe de poids de l'enfant est descendue à 2.900 grammes le quatrième jour pour remonter ensuite régulièrement. L'enfant pesait 3.150 grammes au neuvième jour, à son départ de la maternité.

Les suites de couche ont été normales chez la mère. Une réaction de Wassermann, pratiquée le lendemain de l'accouchement, donna un résultat négatif. L'examen du bassin, fait dans les suites de couche, n'a pas montré de rétrécissement.

A la suite de cette observation nous avons recherché les divers exemples qui pouvaient être cités à l'appui de notre thèse. De nombreuses observations ont été publiées autrefois par Danyau, Dutrait, Boissard, Vicarelli, Bar, Trillat, Voron, Bansillon, Delorme, etc.

Nous nous bornerons à citer quelques cas parmi les plus typiques et les plus récents.

OBSERVATION DU D^r TRILLAT.

Société d'Obstétrique et de gynécologie de Lyon,
séance du 13 février 1920.

*Enfoncement du pariétal droit
dans un accouchement spontané.*

M^{me} P..., 22 ans, primipare. Rien à noter dans les antécédents. Nourrie au sein, a marché à 10 mois, rien au squelette.

Accouchement le 21 août 1919 à 18 heures. La dilatation a duré 10 h. 45 et l'expulsion 45 minutes. L'enfant du sexe masculin, pèse 2.630 gr. Sa longueur est de 49 centimètres. Il est vigoureux et crie dès sa naissance. La tête est le siège d'une bosse séro-sanguine, qui siège sur la région postérieure du pariétal gauche.

On constate une dépression en cuiller, très accentuée de la bosse pariétale droite. Cette dépression a une forme ovale à grand axe vertical et mesure 6 cm. 5 dans son grand diamètre, 4 cm. 5 dans le petit. Elle siège sur la partie moyenne et postérieure de la bosse pariétale. Il n'existe aucune éraillure cutanée.

L'enfant ne présente aucun malaise, sa chute de poids est normale. Il tête bien et est mis en observation. Le bassin maternel est normal. Le 28 août on constate que la dépression n'a aucune tendance au redressement spontané. Les essais de redressement par pression périphérique ne donnent aucun résultat. On sent une rainure longitudinale au fond de la dépression. La radio semble montrer à ce niveau un trait de fracture.

Malgré l'absence d'accidents, devant l'étendue de la dé-

pression et sa profondeur, il nous paraît indiqué d'intervenir chirurgicalement.

L'enfant n'est pas endormi. Une incision de 2 centimètres est pratiquée sur le bord supérieur de l'enfoncement. Incision de l'os au bistouri. Introduction d'une petite rugine courbe sur la face interne de l'os, sous la dure-mère. Redressement immédiat en bloc. Suture au crin de Florence.

Suites opératoires parfaites. A six mois l'enfant va très bien.

OBSERVATION DES D^{rs} VORON ET BANSILLON.

Réunion obstétricale de Lyon, 5 mars 1925

Enfoncement du frontal survenu au cours d'un accouchement spontané et traité par la méthode de Vicarelli.

La mère de l'enfant en question est une sextipare. Les trois premières grossesses eurent lieu :

La première en 1915, la deuxième en 1918, la troisième en 1919. Chaque fois elle accoucha prématurément à 8 mois, 8 mois et demi d'un enfant vivant, de 2.500 grammes, chaque fois elle accoucha spontanément.

En 1922, lors de sa quatrième grossesse, en raison du volume un peu plus considérable et d'un degré de mobilité un peu anormal de la tête, on pratiqua un examen du bassin. Celui-ci révéla : Un arc antérieur de rayon un peu supérieur à la normale, le sacrum est très redressé dans sa partie supérieure avec promontoire saillant, modérément élevé, accessible au toucher, révélant un promonto-sous-pubien de 10 cm. 5. Ce degré d'aplatissement étant insuf-

fisant pour indiquer un accouchement prématuré provoqué, on laisse la malade aller à terme. Accouchement spontané d'une fille vivante de 3.110 grammes.

En 1923 elle eut une cinquième grossesse. Accouchement spontané d'un garçon de 3.400 grammes.

Pour la grossesse qui nous occupe, la malade dépassa le terme prévu de 25 jours environ. Son accouchement eut lieu le 7 janvier 1925. La durée de la période de dilatation fut de 5 h. 30, expulsion en 40 minutes. La tête resta longtemps au détroit supérieur, puis pendant une contraction on perçut nettement une sorte de bruit sec et la tête vint quelques secondes après appuyer sur le périnée.

L'enfant, de sexe masculin, pèse 3.550 grammes, crie de suite, mais on remarque qu'il est porteur d'un enfoncement marqué du frontal droit, en cuiller avec un trait de fracture certain au niveau de la région supéro-externe de la dépression.

Environ 3 heures après la naissance, on essaye de réduire cet enfoncement par des pressions concentriques sur le pourtour de la dépression, puis méthode de Vicarelli à l'aide d'un petit tire-bouchon. La réduction obtenue est parfaite et se maintient intégralement les jours suivants.

Pendant les douze jours que l'enfant passa dans le service, il ne présenta aucun phénomène pathologique. Après deux mois il est encore en très bonne santé.

OBSERVATION DU D^r KASSABOFF.

Thèse Paris, 1898.

Malade de 35 ans, entre dans le service du P^r Bar, le 10 août 1891. Père inconnu, mère bien portante.

Première grossesse il y a 8 ans. A ce moment albumine, accouchement d'un enfant mort.

Deuxième grossesse il y a trois ans. La malade tousse et crache du sang. Accouchement à terme d'un enfant mort au bout de huit jours de convulsions

Grossesse actuelle.

Dernières règles 1-3 décembre.

Vomissements pendant les deux premiers mois. Il y a un mois à été prise d'étourdissements. Actuellement jambes enflées, douleurs, hémorragies, fœtus très mobile, tête dans le flanc gauche, dos à droite, col mou, perméable.

Le périnée ne présente aucune résistance et permet d'atteindre le promontoire à distance normale.

B. D. C. perceptibles.

Examens ultérieurs : enfant vivant mobile. Le 22 septembre présentation du sommet en G. P.

Le 28 septembre la femme est admise à la salle de travail, dilatation petite paume, poche des eaux volumineuse.

Tête en O. I. D. A., pas d'asynclitisme. La tête reste élevée longtemps puis descend tout à coup. Dégagement en O. P à 20 h. 30.

Immédiatement après la naissance on constate que l'enfant a une dépression en cuiller siégeant sur le pariétal droit au voisinage de la suture sagittale immédiatement en arrière de la suture pariétale.

Le pariétal gauche chevauche sur le droit, tous les os chevauchent. Bosse séro-sanguine assez volumineuse, siège sur l'occipital et sur la partie postérieure du pariétal gauche.

Paralysie faciale très nette du côté gauche. Pas d'autre paralysie.

Le 30 septembre, lorsqu'on examine l'enfant, on voit que l'œil droit est fermé, l'œil gauche ouvert, la commissure labiale droite un peu abaissée, la sensibilité diminuée à gauche. La joue gauche est tombante. Au repos la bouche n'est pas déviée. Lorsque l'enfant crie ou fait des mouvements de succion, la commissure labiale gauche reste immobile. La langue n'est pas déviée. Le front ne se plisse pas à gauche. L'enfant tête bien.

Le 6 octobre la paralysie diminue, l'enfoncement est est encore très prononcé.

Le onzième jour, l'enfant sort sans paralysie.

OBSERVATION DES D^{rs} VORON ET DELORME

Enfoncement du pariétal au cours d'une extraction tête dernière.

(Société d'obstétrique de Lyon,
séance du 17 décembre 1920.)

M^{me} R..., 33 ans, ménagère. Rien à signaler dans ses antécédents, très bonne santé habituelle, trois grossesses antérieures.

1^o en 1911, accouchement à terme d'un enfant de 4.500 grammes, forceps à domicile.

2^o En 1912, accouchement à terme d'un enfant de 3.720 grammes, présentation du siège.

3^o En 1914, accouchement normal à terme d'un enfant de 4.720 grammes après un travail de 6 h. 45. Modelage de la tête fœtale, chevauchement du pariétal droit sur le gauche. Bassin non examiné.

Grossesse actuelle. — bien supportée. Accouchement

probable le 20 novembre. Présentation transversale, version facile par manœuvre externes, mais impossibilité de maintenir la présentation du sommet, malgré une ceinture entocique.

Les caractéristiques du bassin sont les suivantes : gros bourrelet retrosymphysaire, arc antérieur de rayon semblant supérieur à la normale. Promontoire atteignable à bout de doigt. Pas de déformation de l'excavation. Grand bassin plat.

Le 27 novembre la gestante entre en travail à 23 heures. Le siège est dans la fosse iliaque gauche mais gagne très rapidement le détroit supérieur où il se fixe et le 28, à 9 heures, on sent un pied au voisinage du col dilaté à 3 centimètres. Expulsion spontanée du siège. Relèvement des bras qui sont abaissés assez difficilement. Extraction de la tête dernière par un Mauriceau combiné à une manœuvre de Champetier assez énergique, la tête étant transverse, l'occiput à gauche. A aucun moment, au cours de ces manœuvres, il n'est perçu de craquement. L'enfant, une fille de 3.870 grammes, naît étonné, mais est facilement ranimé. On constate qu'il présente au niveau de la partie antéro-inférieure du pariétal droit (qui a été en contact avec le promontoire) un enfoncement en cuiller allongé dans le sens antéro-postérieur, profond de 8 mm. environ et dont le point le plus inférieur est à 1 centimètre de la nature temporo-pariétale.

Croyant à une fracture, nous tentons immédiatement le relèvement sanglant. Une incision du cuir chevelu nous permet de constater qu'il n'y a aucun trait de fracture. Pour cette raison, aucun signe anormal n'étant constaté chez l'enfant, nous décidons de ne pas poursuivre la tentative de redressement.

A aucun moment, ni immédiatement après la naissance, ou pendant les 12 jours qui suivent, l'enfant ne présenta de troubles convulsifs, et à son départ l'enfoncement était encore bien visible. Il s'est cependant notablement redressé.

Au bout de deux mois l'enfant continue à se développer normalement.

ÉTIOLOGIE

Avant d'étudier l'étiologie propre aux enfoncements craniens survenus dans les accouchements spontanés, nous allons passer en revue toutes les causes qui ont été invoquées pour expliquer leur production dans les accouchements dystociques. Nous examinerons ensuite celles qui doivent être retenues pour les cas que nous citons.

Il faut envisager la responsabilité comme répartie en trois groupes : la mère, l'enfant, les manœuvres d'extraction.

LA MÈRE.

Il faut considérer chez la mère un agent actif l'utérus, aidé par les muscles abdominaux, et un agent passif, le bassin, à ses différents étages.

Si l'axe utérin ne coïncide pas avec l'axe du bassin par suite d'une antéverson ou d'une obliquité exagérée de l'utérus, la tête fœtale va être poussée par les contractions sur une région osseuse, qui lui fera obstacle. La durée du travail, l'intensité des contractions souvent renforcées par les récentes pratiques d'injections hypophysaires vont peu à peu mouler le crâne contre cet obstacle et déterminer peu à peu une

dépression. C'est surtout dans le passage au détroit supérieur que cet accident se produira. Il s'agit généralement d'un bassin plat et rétréci. La tête ne peut pas s'engager, la force des contractions la pousse, puis brusquement l'engagement se produit mais le promontoire a laissé sa trace sur la boîte crânienne déprimant l'os et parfois le brisant.

Le rétrécissement du bassin est d'ailleurs souvent cause de la rupture prématurée des membranes, et dès lors les contractions et la résistance agissent directement sur le crâne pendant toute la durée de l'accouchement.

La lésion peut d'ailleurs se produire avant tout début de travail. Il existe à la Clinique Tarnier la reproduction en plâtre d'un enfoncement crânien dont l'observation a été publiée par M. le Professeur Brindeau. La tête s'étant développée dans un bassin rétréci, il s'était produit un véritable moulage du crâne sur le promontoire.

Ne chargeons pas le promontoire de toutes les responsabilités. Ribemont-Dessaigne (*Traité d'accouchement*) incrimine aussi le coccyx. « Au détroit inférieur, la résistance du coccyx à se laisser rétropulser par suite d'une ankylose sacro-coccygienne peut créer une dystocie. Si la fracture du coccyx ne se produit pas, il peut alors survenir un enfoncement de la boîte crânienne qui seul permet l'accouchement. »

Danyau cite d'autre part une observation du Dr Duntzler, de Cologne, où il est question d'une dépression considérable du frontal produite par une exostose.

L'ENFANT.

Les enfoncements craniens dans les accouchements à travers un bassin rétréci seraient plus nombreux si le crâne n'offrait une élasticité spéciale lui permettant de réduire ses diamètres au minimum.

Mais des variations de cette élasticité va résulter une véritable dystocie fœtale.

Un crâne trop ossifié, placé dans les conditions maternelles que nous avons décrites, est fort exposé à se fracturer et seul l'enfoncement permet le passage. De plus, le durcissement des os du crâne se produit en général chez les gros enfants après terme et l'extraction est d'autant plus difficile.

Michaelis voyait dans la dureté des os du crâne une des conditions principales des enfoncements.

Mais Litzmann au contraire constatait que le plus grand nombre des enfoncements se produisait chez des enfants nés avant terme, alors que l'ossification n'est pas encore très avancée ou chez des enfants à terme présentant un développement incomplet des os.

Danyau (*Des fractures des os du crâne du fœtus. Journal de Malgaigne*, 1843) s'exprime ainsi : « Les pariétaux offrent parfois des places arrondies, ovalaires au niveau desquelles le tissu osseux est réduit à une couche très mince comparable à une mousseline légère. »

Semblable observation est très fréquente, et l'on a parfois sur le crâne des nouveau-nés une sensation d'élasticité extrême.

Dans la revue l'*Obstétrique* de 1896, Quierel rapporte la question étudiée au Congrès obstétrical de Bordeaux de 1895 : *Le crâne mou en obstétrique*. Il cite trois cas observés chez des enfants à terme normaux. « Les os sont comme de la cire, on y enfoncerait le doigt comme dans un membre œdémateux. On dirait de l'ostéomalacie. » Ce qu'il y a de remarquable, c'est la rapidité avec laquelle cet état disparaît ne laissant pas de traces après 48 à 72 heures.

Une tête semblable est donc une victime désignée pour les enfoncements craniens qui, s'ils ne sont pas relevés immédiatement, peuvent devenir définitifs après durcissement de l'os.

Nous avons cité le volume exagéré du crâne comme une dystocie fœtale favorisant les enfoncements. L'hydrocéphalie ne rentre pas dans ce cas, grâce à la distension des sutures et à l'élasticité des os classiquement comparée à une touche de piano.

Siebold a enfin signalé un cas d'enfoncement dû à la procidence d'un membre.

Le cas existe aussi d'une grossesse gemellaire où les deux têtes se sont engagées ensemble.

MANŒUVRES D'EXTRACTION.

D'abord le forceps, dont Farabeuf et Varnier ont fait le procès (au bénéfice de la symphyséotomie) lui attribuant toute une avalanche d'enfoncements craniens.

Le forceps agit soit de façon directe soit de façon indirecte.

Litzmann (*Les accouchements dans les rétrécisse-*

ments du bassin) s'exprime ainsi : « Le danger de l'opération n'est dû qu'à la pression subie par le crâne pendant l'extraction de la part des parois du bassin, car la pression du forceps lui-même, s'il est bien appliqué, ne fait aucun mal à l'enfant. »

Tarnier est aussi de cet avis ; à propos des applications de forceps antéro-postérieures au détroit supérieur, « on transforme la branche antérieure en levier dangereux. La puissance est au niveau du tracteur, le point d'appui derrière la symphyse et la résistance sur la tête fœtale. »

Mais le forceps peut être également un agent actif. Pautani, dans sa thèse de Toulouse, s'est livré à des recherches expérimentales. Adaptant un dynamomètre aux branches d'un forceps, il fit des applications sur des enfants morts depuis peu. Il aboutit à ce résultat que le crâne fœtal ne résiste pas à une pression directe de 22 kgr. au maximum et qu'il se produit un enfoncement compliqué ou non de fracture. On ne s'étonnera donc pas de voir survenir cette lésion à la suite de manœuvres paraissant cependant peu brutales.

Etudions maintenant la version.

Mme Lachapelle et Danyau citent des cas où la version amène des enfants dont la tête présente une dépression. Tantôt la version leur a paru étrangère à la production de la lésion, tantôt ils la mettent directement en cause.

Ribemont-Dessaigne déclare lui aussi que la version faite avec trop de rapidité ou de brutalité peut amener des enfoncements craniens.

Dans ces cas, c'est le promontoire qui joue le rôle principal. La force déployée par l'accoucheur pendant la traction sur les membres inférieurs, aidée parfois d'une pression à travers la paroi abdominale de la mère, ayant pour but d'engager ou de fléchir la tête, peut amener parfois celle-ci à subir une compression très importante au niveau du promontoire.

Champetier de Ribes fit des expériences à ce sujet. Il aboutit à cette conclusion que lorsque la traction était voisine de 35 kgr. le pariétal était enfoncé et non fracturé, mais l'enfoncement se produisait bien avant pour une traction moindre mais subite et brutale.

.

Nous venons d'étudier les causes habituelles des enfoncements craniens dans les accouchements dystociques. S'appliquent-elles aux enfoncements craniens dans les accouchements spontanés, objets de notre thèse ?

Après la découverte de la lésion chez l'enfant, un examen minutieux s'impose et permet d'éliminer un certain nombre de causes. D'abord les manœuvres extractives dont on est sûr, la disposition anormale de l'utérus, l'aplatissement du bassin. L'examen du promontoire et du sacrum permet d'éliminer les saillies anormales, les exostoses, l'ankylose du coccyx, etc., etc.

L'examen du crâne fœtal permet d'apprécier son volume, sa consistance et d'éliminer aussi toute cause de dystocie venant de lui.

Doit-on dès lors en conclure que l'enfoncement s'est

produit spontanément sous la seule influence des contractions maternelles ?

Il ne faudrait pas se hâter de porter un tel diagnostic. Une cause de dystocie très minime peut se trouver, par suite des circonstances (mauvais engagement, défaut de flexion, etc.), jouer un rôle plus important qu'on ne croirait.

La critique que nous allons faire des observations publiées va nous éclairer à ce sujet. Même dans un accouchement spontané, la responsabilité du promontoire peut être engagée. L'observation de MM. Voron et Bansillon en est un exemple.

Il s'agit d'un bassin dont la mensuration promonto-sous pubienne révèle 10 cm. 5. La tête reste longtemps au-dessus de la symphyse, puis brusquement au cours d'une contraction on entend un bruit sec, et la tête descend. On imagine très bien que la tête mal orientée présentait un diamètre trop grand pour le passage au détroit supérieur. L'action puissante des contractions utérines appuyant le crâne sur le promontoire détermine la dépression qui permet au fœtus de descendre. Ce cas se ramène en somme à ceux qui ont été décrits dans les accouchements dystociques par bassin rétréci. L'intérêt de cette observation réside dans le fait qu'un enfant moyen (3.550 gr.) a présenté ce phénomène dans un bassin très peu touché, et que seules les contractions utérines ont déterminé la force suffisante à l'enfoncement osseux sur le promontoire.

Pareille étiologie peut être invoquée dans l'observation de Kassaboff. Travail long, la tête reste élevée

très longtemps puis descend tout à coup. L'ignorance où nous sommes de la mensuration exacte du bassin (promontoire atteint à distance normale ?) ne nous permet pas de faire rentrer ce cas *a priori* dans les bassins rétrécis, mais nous sommes en droit de penser tout de même qu'un défaut d'orientation de la tête a fait passer celle-ci en forçant sur le promontoire, que la résistance a été vaincue par les contractions utérines au prix d'un enfoncement.

Il est plus difficile de juger le cas présenté par M. Trillat.

Bassin normal, enfant à terme de 2 k. 650, travail de durée normale, expulsion rapide. On ne signale pas que la tête ait eu des difficultés à s'engager. On peut dès lors, toute autre cause étant éliminée, incriminer les contractions utérines pour la production de cet enfoncement.

L'étendue de la lésion (6,5 sur 4,5) présente un intérêt particulier. Il semble qu'une saillie osseuse aurait laissé une empreinte moins étendue et plus profonde, tandis qu'une contraction utérine, agissant sur toute la paroi osseuse, l'enfonce dans son ensemble.

L'observation de MM. Voron et Delorme se rapproche davantage du cas personnel que nous publions, puisqu'il s'agit là aussi d'un accouchement par le siège. Mais là encore il faut envisager plutôt un accouchement dystocique que normal.

Arc antérieur un peu aplati, promontoire atteignable à bout de doigt. De plus, les manœuvres d'extraction de la tête dernière (manœuvre de champetier assez

énergique, la tête étant en transverse) ont pu contribuer à la lésion. Mais comme le font remarquer les auteurs, le cas présente un intérêt tout particulier, puisque des enfants plus gros ont déjà été extraits de la même façon sans lésion.

Dans l'observation de M. le Dr Cathala, le cas est beaucoup plus typique.

Il s'agit d'une multipare ayant eu déjà quatre grossesses normales et dont l'examen du bassin n'a révélé aucun rétrécissement. Cet enfant s'est présenté par le siège. Le travail ayant débuté à 17 h. 30, s'est terminé à 19 h. 30 sans incident, les contractions étant régulières et normales.

Aucune manœuvre de force n'a eu lieu au cours de l'accouchement. La tête dernière est arrivée spontanément à la vulve et a été extraite par une manœuvre de Mauriceau. L'enfant, facilement ranimé, pesait 3.100 grammes.

Son crâne était bien ossifié et ne présentait aucune ecchymose au niveau de l'enfoncement.

Nous ne pouvons invoquer pour cette lésion aucune cause de dystocie venant soit du bassin maternel, soit du crâne fœtal, soit des manœuvres d'extraction.

C'est pourquoi nous jugeons que nous nous trouvons en présence d'un cas absolument typique d'enfoncement cranien survenu au cours d'un accouchement spontané, dû aux seules contractions utérines sur la tête dernière.

SYMPTOMATOLOGIE

Existe-il une symptomatologie spéciale aux enfoncements spontanés ?

Au point de vue local certainement, si nous convenons d'appeler enfoncements spontanés ceux qui sont produits en dehors de toute dystocie, en particulier, du bassin maternel, il est évident que nous ne trouverons pas la forme baptisée par Michaelis « en gouttière » et produite par la friction du promontoire lors du passage de la tête à son niveau. Nous n'aurons que des aplatissements ou des formes appelées en godet ou en cuiller, et même dans ce cas, l'enfoncement sera en général moins profond et plus large. Cependant ce sont là des différences de pure appréciation.

Au point de vue général la symptomatologie sera à peu près la même. Souvent l'enfant naîtra en état de mort apparente, cyanosé. Après des soins multiples on parvient à le ranimer. Souvent des phénomènes respiratoires ou moteurs viendront témoigner que la dépression osseuse a déterminé des lésions dans les méninges ou au niveau du cerveau. Les paralysies faciales seront généralement limitées au facial inférieur dont les noyaux sont plus développés en raison du développement parallèle du cerveau fœtal et des

fonctions de la vie (thèse de Roulland à Strasbourg).

D'autres fois une véritable hémiplegie vient compléter ce tableau. Enfin tous les signes d'hémorragie méningée peuvent apparaître. Nous n'insisterons pas sur ceux-ci qui ont fait l'objet de l'étude de M. Lantuéjoul dans sa thèse de Paris (1921).

Nous avons indiqué que les signes locaux étaient en général moins accentués dans les enfoncements spontanés. Il doit en être ainsi des signes généraux. Nos observations, celles de MM. Voron et Bansillon, de MM. Voron et Delorme ; de M. Trillat ne révèlent aucune complication méningée ou encéphalique.

L'observation de M. Kassaboff par contre signale une paralysie faciale peu grave.

DIAGNOSTIC

Souvent le diagnostic pourra être deviné, l'enfant étant encore dans l'excavation : l'enfoncement sera révélé par un craquement, lors de la descente de la tête ou lors d'une contraction. Mais ce sera surtout dans les accouchements dystociques. Au cours des accouchements spontanés, la lésion sera révélée par hasard à l'accoucheur, parfois guidé par des signes généraux. mort apparente, paralysie.

Dans certains cas le diagnostic sera plus difficile, l'enfoncement étant masqué par une bosse séro-sanguine ou un céphalhématome. (Observation de Charles, publiée par l'*Obstétrique*, 1897). Pour éviter une semblable erreur, il apparait nécessaire d'explorer avec le doigt le fond de la bosse dans les cas douteux.

Toute dépression de la paroi osseuse ne doit pas être prise pour un enfoncement. Il peut s'agir d'une fracture avec enfoncement secondaire du fragment, d'une malformation congénitale, d'un défaut d'ossification. Les adhérences amniotiques peuvent ainsi déterminer de véritables trous dans le crâne, à localisation parfois héréditaire.

Une fois le diagnostic d'enfoncement cranien posé,

il faut examiner s'il n'est pas compliqué de fracture. Dans le cas de fractures complètes, la mobilité, la crépitation font le diagnostic. Mais l'enfoncement se complique de fissures de la table interne qui seront décelées par les signes généraux, la ponction lombaire et la radio.

On étudiera les lésions d'ordre nerveux que la dépression pourrait avoir causé. On fait crier l'enfant pour chercher la dissymétrie de la bouche. Le membre paralysé retombe flasque.

Le diagnostic étiologique doit faire l'objet des recherches de l'accoucheur. Eliminer toutes les dystocies de l'utérus, du bassin, de la tête, toutes les manœuvres traumatisantes. Examiner avec soin toutes les modalités du travail et de l'accouchement avant de poser le diagnostic d'enfoncement dû aux contractions utérines au cours d'un accouchement spontané.

ÉVOLUTION

A lésions égales, l'évolution sera la même dans les enfoncements provenant d'accouchements spontanés que dans ceux provenant d'accouchements dystociques.

Mais pour les mêmes raisons que nous avons exposées à la symptomatologie, la disproportion fœto-pelvienne étant moindre, la lésion sera moins profonde dans les premiers et l'évolution devra être considérée comme plus favorable.

L'enfoncement étant abandonné à lui-même que va-t-il advenir ?

Certains auteurs ont soutenu que le relèvement spontané était possible. Mme Lachapelle l'attribuait à l'expansion lente du cerveau. Vincent, Lucas-Champagnière, Commandeur ont observé des relèvements spontanés. Trillat a publié un cas de relèvement spontané brusque.

Wieger, Held, Michaelis, Osiander, Danyau, Boisard, Potochi, sont d'un avis contraire. Ils ont observé des enfoncements qui ne se sont jamais relevés. Ils invoquent l'ossification trop poussée du fœtus à terme.

De plus le relèvement est souvent fictif, la cavité étant comblée par des formations ostéo-périostées.

Dans l'hypothèse d'un enfoncement abandonné à lui-même et non relevé qu'advient-il ?

Des statistiques ont été publiées par Schroeder (65 cas, 22 morts nés, 10 meurent, 33 vivent) et par Rambold (33 cas, 22 morts nés, 10 meurent dans 6 heures).

Que valent ces statistiques ? A-t-on fourni la preuve que tous les cas de mort sont dus strictement et uniquement à l'enfoncement ?

Beaucoup d'observations ont été faites sur des adultes parfaitement sains.

Secheyron, dans la thèse de Panzani cite le cas d'un vieillard de 60 ans chez lequel on remarque par hasard un enfoncement cranien provenant de l'accouchement, ovalaire, à grand axe parallèle à la suture sagittale, mesurant 6 cm. de long. Le malade n'a jamais souffert de troubles nerveux.

Budin a présenté à la Société d'Obstétrique de Paris le 16 mars 1899 un enfant de 6 six ans, dont la mère avait un bassin rétréci. L'enfant offre un enfoncement considérable au frontal gauche.

Très bien portant, aucun trouble cérébral.

Osiander parle d'un médecin venu au monde par forceps et qui a conservé des enfoncements du front et de l'occiput, ce qui ne l'empêche pas d'être très bien portant et très intelligent.

Tous les cas que nous avons cité dans notre thèse ont eu une évolution parfaitement heureuse. Nous avons parlé des complications qui ont eu lieu à la naissance, paralysies, hémorragies méningées. Les

enfoncements peuvent être à l'origine de parésies, crises épileptiques, etc.

Babonneix et Duruy ont rapporté à la Société de Pédiatrie de Paris, (21 décembre 1926) le cas d'une fillette de 12 ans, née par forceps, qui dès les premiers jours présenta des phénomènes nerveux, secousses nystagmiformes, raideur de la nuque, mouvements convulsifs. Ces phénomènes sont allés en s'accroissant. De tous les diagnostics envisagés, seule a été retenue l'hypothèse d'une lésion encéphalique produite par un enfoncement cranien que l'enfant a conservé.

En présence d'évolutions aussi contradictoires que faut-il conclure du pronostic réservé aux enfoncements crâniens non opérés et non relevés ?

Nous pensons que les enfoncements qui n'ont amené aucun trouble à la naissance (et c'est la majorité des cas pour les enfoncements spontanés) ne doivent pas par la suite amener d'autres complications, soit que la dépression se relève peu à peu, soit que le cerveau s'adapte à cette convexité.

Mais dans tous les cas où l'on a pu constater des phénomènes méningés, des paralysies, des convulsions, il y a intérêt à envisager une réduction de la lésion.

Ce ne sont pas d'ailleurs les enfoncements les plus étendus ou les plus profonds qui causent le plus de troubles.

MM. Commandeur et Brindeau ont insisté sur l'absence de parallélisme qui existe entre la gravité appa-

rente de la lésion du crâne et celle des lésions sous-jacentes.

Seuls les phénomènes nerveux doivent guider vers la nécessité opératoire.

TRAITEMENT

Bien des méthodes ont été proposées pour réduire les enfoncements craniens. Autrefois on « pétrissait » la tête de l'enfant afin que les pressions exercées au voisinage fassent redresser la partie de l'os déprimée. Cette méthode est dangereuse, exposant l'encéphale et ses enveloppes à des traumatismes qui accentueraient les lésions ébauchées. De plus, seuls les crânes des prématurés, très élastiques, peuvent se prêter à cette technique.

On a proposé de coller une ficelle sur le fond de la dépression à l'aide de poix et d'exercer ainsi des tractions. Vicarelli emploie un petit tire-bouchon qu'il enfonce dans l'os au centre de la lésion et grâce auquel il exerce des tractions directes et efficaces.

Tous ces procédés ont un peu perdu de leur valeur depuis que Boissard a innové l'opération sanglante donnant son nom à la technique désormais employée.

Cette technique a d'ailleurs subi des modifications de détail apportées par Boissard lui-même. Le procédé qu'il avait primitivement décrit consistait à pratiquer une incision au niveau d'une suture, à passer une spatule au-dessus de l'os, et à la glisser en suivant la table

interne jusqu'au fond de la dépression. On exerce alors une pression tendant à relever l'os. Parfois on a une certaine difficulté, puis brusquement sous un effort minime la réduction se fait avec un bruit de déclic très net, le même qui a parfois été entendu lors de la production de la lésion. Il ne reste plus qu'à suturer au crin de Florence.

Ce procédé n'est pas sans inconvénients. En pénétrant au niveau d'une suture on ne trouve pas toujours le bord de l'os, on risque de perforer la dure-mère, d'où écoulement du liquide céphalo-rachidien et parfois production d'une fistule comme le cas a été rapporté par le Professeur Audebert de Toulouse.

De plus, le trajet de l'instrument peut être long entre la suture et l'enfoncement. Il risque de se produire des déchirures, des hémorragies.

Aussi Boissard et Commandeur ont-ils proposé de pénétrer au-dessous de l'os enfoncé en passant par la crête saillante qui borde l'enfoncement. Au niveau de cette crête l'os est souvent fracturé et il sera facile d'agir en ce point. De plus, au niveau de cette crête, la dure-mère n'est plus en contact avec l'os, elle passe comme un pont sur l'angle formé par l'os plié et elle entraîne avec elle les vaisseaux méningés. En opérant à ce niveau on a donc toutes chances de ne produire aucune lésion.

Le Professeur Brindeau propose, dans le cas où la dépression est éloignée de la suture, de l'entourer d'une vaste incision en U renversé qui permettra de décoller la peau et le périoste. Suivant l'état de la table osseuse

mise à découvert on pratiquera soit le relèvement à distance soit, s'il existe des fragments mobiles, leur extraction. M. Brindeau préconise en outre l'incision de la dure-mère dans tous les cas où il y a un hémato-ne sous-jacent pour l'évacuer.

L'opération, dont Boinard a été le promoteur, a été expérimentée de nombreuses fois et tous les auteurs sont unanimes à vanter sa facilité et les résultats immédiats qu'elle procure.

Est-ce à dire que tout enfoncement crânien doit être opéré ?

Les observations diverses qui ont été publiées ont fourni des renseignements contradictoires. Nous jugeons l'opération inutile chez les enfants qui ne présentent pas de troubles cérébraux. Leur encéphale n'est pas lésé par l'enfoncement et il est probable que par la suite la dépression ira plutôt en diminuant, ne risquant pas de causer des compensations cérébrales.

Les enfoncements crâniens survenus dans les accouchements spontanés que nous avons étudiés suivront cette règle. Ordinairement peu graves en raison du traumatisme minime, ils seront peu souvent cause de troubles cérébraux.

Dans le cas personnel que nous devons à M. le Dr Cathala, l'absence de toute manifestation pathologique a fait juger inutile une intervention sanglante.

CONCLUSIONS

L'étude que nous venons de faire, au sujet des enfoncements craniens survenus au cours des accouchements spontanés, nous permet de conclure :

1° Les enfoncements du crâne, fréquents dans les accouchements dystociques ou à la suite de manœuvres extractives traumatisantes, peuvent se rencontrer aussi dans les accouchements spontanés, où leur étiologie relève uniquement des contractions maternelles.

2° Ce diagnostic ne doit être porté qu'après avoir éliminé avec soin toute cause de dystocie, si légère soit-elle.

3° La gravité des enfoncements craniens survenus au cours des accouchements spontanés est moindre que dans ceux survenus au cours des dystociques.

4° La production des enfoncements craniens dans les accouchements spontanés sans manœuvres traumatisantes permet de dégager la responsabilité du médecin en l'absence de dystocies maternelles ou fœtales.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Danyau. — Journal de Malgaigne, 1843.

Pajot. — Thèse d'agrégation, 1853.

Boissard. — Notes et observations cliniques, 1892.

Mirbeck. — Thèse de Strasbourg, 1863.

Panzani. — Thèse de Toulouse, 1896.

Kassaboff. — Thèse de Paris, 1898.

• *Lantuéjoul (Dr).* — Thèse Paris, 1921.

Brindeau (Prof.). — La pratique de l'art des accouchements, t. V. Article du Prof. Rhenter.

Baker (A.). — Les causes de la production des lésions intracrâniennes pendant l'accouchement (The Journal of obst. and gyn. of the brit. empire, 1926, p. 224-239).

Hagenbach. — Geburts impression des Scheitelbeines (Schweiz. med., 19 mars 1927).

Fabre. — Enfoncements obstétricaux de la voûte du crâne (Lyon médical, 1904).

Ducarre. — Trois cas de relèvement d'enfoncement de la voûte du crâne chez le nouveau-né (Journal d'accouchement de Liège, janvier 1905).

Baum. — Traitement des enfoncements de la voûte du crâne chez le nouveau-né (Centralblatt für gynak., 1903, n° 19).

Babonneix et Duruy. — Choréo-athétose d'origine obstétricale (Bull. Soc. de Pédiat. de Paris, octobre 1926).

Forton et Mahon. — Relèvement d'un enfoncement crânien chez un prématuré de 7 mois 1/2 (Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn., mars 1928).

Froding. — Le nerf auditif et les lésions intracrâniennes produites par l'accouchement (Acta oto-laryng., 1929).

Gaby-Gasparou et Etienny. — Enfoncement du crâne, relèvement par le procédé de Boissard (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn., mars 1928).

Weil. — Trois cas d'enfoncements de la voûte du crâne chez le nouveau-né (Deutsche med. Wochensch., 1903, n° 21).

